

プロポーザル参加申請書

平成 年 月 日

(宛先) 伊勢市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

印

代表者名

電話番号

F A X 番号

(販売代理店が参加する場合は、下記にシステム構築業者を記載すること)

所在地

商号又は名称

代表者名

下記案件に係るプロポーザルの参加条件を満たしているので、参加を申請します。

なお、この参加申請書及び添付書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

案件番号 12

件 名 新市立伊勢総合病院病理検査システム構築業務

(注意) 申込書は、必ず持参にてお申し込みください。

〔伊勢病院記入欄〕 ※業者の方は記入しないで下さい。 No

地域区分	業種	同種実績	資格等	参加資格
		—		有・無
		—		